



VI 4 / 33457/_____/____

Zutreffendes ankreuzen ☐ oder ausfüllen

Erstantrag

auf Bewilligung einer staatlichen Zuwendung für die Förderung von
„Angehörigenarbeit“ nach den Grundsätzen für die Förderung im „Bayerischen
Netzwerk Pflege“ (FG) bzw. von „niedrigschwelligen Betreuungsangeboten“
sowie von „Angehörigengruppen“ nach Teil 8 Abschnitt 6 der Verordnung zur Ausführung der
Sozialgesetze (AVSG) für das Jahr _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Angehörigenarbeit | <input type="checkbox"/> Angehörigengruppe |
| <input type="checkbox"/> Betreuungsgruppe | <input type="checkbox"/> ehrenamtlicher Helferkreis |
| <input type="checkbox"/> Betreuungsgruppe mit Angehörigengruppe | |
| <input type="checkbox"/> Schulung ehrenamtlicher Helfer | |

Beigefügt sind

- Projektbeschreibung
 Nachweis gemäß 2.5.2.2 (FG)

I. Allgemeine Angaben

Antragsteller	
Anschrift (Straße, Haus Nr., PLZ, Ort, Telefon, Fax)	
E-Mail	
Spitzenverband/Landesverband	
Sitz der Angehörigenarbeit/Angehörigengruppe/Betreuungsgruppe/Helferkreis (Gemeinde, Landkreis, kreisfreie Stadt)	
Rechtsgeschäftlich verantwortlicher Vertreter	Satzung, Vereinsregisterauszug <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor
Bankverbindung (Geldinstitut)	
Konto-Nr.	BLZ
Höhe der beantragten Zuwendung _____ €	

II. Projektbeschreibung (ggf. auf ein Beiblatt)

III. Übersicht über die in der Angehörigenarbeit tätigen Fachkräfte

Folgende Mitarbeiter sind im genannten Umfang ausschließlich in der Angehörigenarbeit tätig:

Name, Vorname Mitarbeiter	Berufsbe- zeichnung	Qualifikations- nachweis		Beschäftigungs- zeitraum	regelm. wöchentl. Arbeitszeit	Beschäfti- gungs- anteil in der Ange- hörigen- arbeit	Zuschuss nach Nr. 2.5.2.1 FG
		liegt bei	lag vor				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

IV. Fördervoraussetzungen für die Angehörigenarbeit

	ja	nein
Die Fachkräfte nach 2.5.1.2 werden fortgebildet und können Supervision/ Praxisberatung erhalten (Nr. 2.4 FG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Zusammenarbeit mit anderen sozialen Diensten, insbesondere mit den örtlichen Pflegeeinrichtungen sowie mit den in Betracht kommenden Behörden und Stellen (Krankenkasse, Pflegekasse, Sozialämtern) erfolgt (Nr. 2.4 FG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausbesuche werden durchgeführt nur bei Antragstellung durch Kommune :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Träger i. S. d. Nr. 2.3.1 FG steht für die Durchführung dieser Aufgabe nicht zur Verfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die „ Fachstelle für pflegende Angehörige “ ist regelmäßig erreichbar und als solche mit dieser Bezeichnung erkennbar (Briefkopf, Türschild & Flyer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Übersicht über die im Bereich der niedrighschwelligen Betreuungsangebote (Angehörigen-/Betreuungsgruppen, Helferkreis) tätigen Fachkräfte

Folgende Mitarbeiter sind im genannten Umfang ausschließlich in den Angehörigen-/Betreuungsgruppen und im Helferkreis tätig:

Name, Vorname Mitarbeiter	Berufsbezeichnung	Qualifikations- nachweis		Beschäftigungs- zeitraum	regelm. wöchentl. Arbeitszeit	Beschäftigungsan- teil im niedrig- schwelligen Bereich	Zuschuss nach § 88 Abs. 1 AVSG
		liegt bei	lag vor				
<u>Angehörigengruppe</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<u>Betreuungsgruppe</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<u>Betreuungsgruppe mit Angehörigengruppe</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<u>Helferkreis</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

V. Fördervoraussetzungen für niedrigschwellige Betreuungsangebote

	ja	nein
1. Allgemeine Voraussetzungen für Betreuungsgruppen/ehrenamtliche Helferinnen- und Helferkreise		
• Ein Konzept zur Qualitätssicherung, aus dem sich ergibt, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist, liegt bei und es wird erklärt, dass danach verfahren wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Das Betreuungsangebot ist auf Dauer ausgerichtet und die Betreuung wird regelmäßig und verlässlich angeboten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Es besteht ausreichender Versicherungsschutz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Besondere Voraussetzungen		
a) für <u>Betreuungsgruppen</u>		
• Eine Fachkraft mit psychiatrischer, gerontopsychiatrischer, sozialpädagogischer oder heilpädagogischer Erfahrung ist mit der fachlichen Leitung betraut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Die Durchführung erfolgt unter Mitwirkung von fachlich geschulten und angeleiteten ehrenamtlichen Helferinnen/ Helfern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Angemessene räumliche Voraussetzungen für die Betreuung sind gegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) für <u>ehrenamtliche Helferinnen- und Helferkreise</u>		
• Die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer haben eine angemessene fachbezogene Schulung (40 SE) erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. Fördervoraussetzungen für Schulungs-/Fortbildungsmaßnahmen

	ja	nein
Die Schulungsmaßnahmen (40 SE)/Fortbildungseinheiten (8 FE) werden von fortgebildeten Pflegefachkräften oder von diplomierten oder graduierten Sozialpädagogen oder Sozialarbeitern mit mehrjähriger einschlägiger Berufserfahrung oder vergleichbarer Vorbildung durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die in den Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. vom 24.07.2002 festgelegten Schulungsinhalte werden vermittelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. Umfang und Höhe der Förderung (ggf. auf ein Beiblatt)

1. Betreuungsgruppen

Gruppenarbeit wird in folgendem Umfang durchgeführt:

Zahl der Gruppen: wöchentliches Angebot _____ 14-tägiges Angebot _____ monatliches Angebot _____
<u>wöchentliches Angebot:</u> mindestens 44 jährliche Treffen, mindestens durchschnittlich 3 Teilnehmer <u>14-tägiges Angebot:</u> mindestens 22 jährliche Treffen, mindestens durchschnittlich 3 Teilnehmer <u>monatliches Angebot:</u> mindestens 11 jährliche Treffen, mindestens durchschnittlich 3 Teilnehmer, parallel zu einer Angehörigengruppe

Die Teilnehmerlisten werden beim Träger 5 Jahre zur Einsichtnahme aufbewahrt.

2. Angehörigengruppen

Gruppenarbeit wird in folgendem Umfang durchgeführt:

Zahl der Gruppen _____
mindestens 10 jährliche Treffen, mindestens durchschnittlich 6 Teilnehmer

Die Teilnehmerlisten werden beim Träger 5 Jahre zur Einsichtnahme aufbewahrt.

3. Ehrenamtliche Helfer

Es werden Betreuungen, insbesondere auch zur Entlastung der pflegenden Angehörigen von ehrenamtlichen Helfern wie folgt durchgeführt:

Anzahl der ehrenamtlichen Helfer	Helfer
kalkulierte Gesamteinsatzstunden der Helfer im Sinne von Teil 8 Abschnitt 6 der Verordnung zur Ausführung der Sozialgesetze (AVSG) <i>(die namentliche Nennung der ehrenamtlichen Helfer erfolgt in der Anlage 1)</i>	Stunden

Die Einsatzlisten sind zu führen und werden beim Träger 5 Jahre zur Einsichtnahme aufbewahrt. Hier ist darauf zu achten, dass die **Gesamteinsatzstunden** anhand der einzelnen Einsatzlisten nachvollziehbar sind.

Ich/Wir bestätigen, dass die aufgeführten Gesamteinsatzstunden, insbesondere auch zur Entlastung von pflegenden Angehörigen, durchgeführt und die ehrenamtlichen Helfer kontinuierlich fachlich begleitet und vermittelt werden. Die eingesetzten ehrenamtlichen Helfer haben eine angemessene fachlich bezogene Schulung erhalten bzw. besitzen eine andere entsprechende Qualifikation.

4. Schulung/Fortbildung ehrenamtlicher Helfer

	Schulung 1	Schulung 2	Fortbildung 1	Fortbildung 2
Anzahl der Teilnehmer	_____	_____	_____	_____
Anzahl Schulungs-/ Fortbildungseinheiten (45 Min. pro Schulungs-/Fortbildungseinheit)	_____	_____	_____	_____

Ein Stundenplan, in dem der zeitliche Ablauf und der Inhalt der Schulungsmaßnahmen beschrieben wird, liegt bei.

VIII. Ausgaben- und Finanzierungsplan für den Bereich Angehörigenarbeit

Die Betragsangaben werden für das Kalenderjahr benötigt, für das eine Zuwendung beantragt wird.

1. Ausgabenplan

Personalkosten (einschließlich Arbeitgeberanteil)	
- Fachkraft	_____ €
Sachkosten	_____ €
Schulungs-/Fortbildungskosten	_____ €
Gesamt	_____ €

2. Finanzierungsplan

Eigenmittel	_____ €
Leistungsentgelte:	
- Selbstzahler	_____ €
- Sonstige	_____ €
Zuschüsse:	
- Kommunen	_____ €
- sonstige Stellen	_____ €
- ZBFS	_____ €
Sonstiges	_____ €
Gesamt	_____ €

IX. Ausgaben- und Finanzierungsplan für den Bereich „Niedrigschwellige

Betreuungsangebote“ (Angehörigen-/ Betreuungsgruppen, Ehrenamtlicher Helferkreis, Schulungen)

Die Betragsangaben werden für das Kalenderjahr benötigt, für das eine Zuwendung beantragt wird.

1. Ausgabenplan

Personalkosten (einschließlich Arbeitgeberanteil)	
- Fachkraft	_____ €
- Auslagenersatz für ehrenamtliche Helfer	_____ €
Sachkosten	_____ €
Schulungs-/Fortbildungskosten	_____ €
Gesamt	_____ €

2. Finanzierungsplan

Eigenmittel	_____ €
Leistungsentgelte:	
- Selbstzahler	_____ €
- Sonstige	_____ €
Zuschüsse:	
- Pflegekasse	_____ €
- Kommunen	_____ €
- sonstige Stellen	_____ €
- ZBFS	_____ €
Sonstiges	_____ €
Gesamt	_____ €

X. Mittel der Arbeitsförderung bzw. kommunaler Zuschuss (§ 86 Abs. 5 AVSG)

Ich/Wir bestätigen, dass geprüft wurde, ob Mittel der Arbeitsförderung *bei Neueinstellungen, die ganz oder teilweise im niedrighschwelligem Bereich tätig sind* und ob Mittel der Kommunen zur Finanzierung der niedrighschwelligem Betreuungsangebote zur Verfügung stehen.

(Eventuelle Bewilligungsbescheide liegen bei.)

XI. Erklärung

Weitere Deckungsmittel für diesen Zuwendungszweck sind nicht vorhanden. Der Kosten- und Finanzierungsplan wurde nach den Grundsätzen einer sparsamen und wirtschaftlichen Haushaltsführung aufgestellt. Andere Fördermittel des Freistaates Bayern wurden bzw. werden für den gleichen Zuwendungszweck nicht beantragt.

Weitere Erklärung von Familienentlastenden Diensten:

Die geltend gemachten Personalkosten werden nicht bereits nach Nr. 3 der Grundsätze für die Förderung von „Diensten der offenen Behindertenarbeit“ gefördert.

Datum, Unterschrift des rechtsgeschäftlichen Vertreters

Anlage 1

Ehrenamtlicher Helferkreis

Folgende ehrenamtliche Helfer führen Betreuungen, insbesondere auch zur Entlastung von pflegenden Angehörigen, durch (ggf. auf gesondertes Beiblatt):

Name, Vorname des Helfers	Schulungs-, bzw. Qualifikationsnachweis	Gesamteinsatzstunden
1.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
2.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
3.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
4.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
5.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
6.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
7.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
8.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
9.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
10.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
11.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
12.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
13.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
14.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
15.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
16.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
17.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
18.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
19.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
20.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
	Gesamt	